



Dr Raquel Rudermann

Spécialiste FMH

Gynécologie et obstétrique

Formulaire d'admission

Nom/Last Name : _____ Prénom/First Name : _____

Nom de jeune fille/Maiden name: _____ Date de naissance/Date of birth : _____

Etat civil/Marital status : _____ Nationalité/Nationality : _____

Adresse/Address : _____

Code postale/ZIP code : _____ Ville/City : _____

Portable/Phone number : _____ Téléphone domicile /Home phone number : _____

Numéro de téléphone de contact en cas d'urgence/Emergency contact name and phone

.....

E.Mail : _____

Profession/Occupation : _____ Employeur/Employer : _____

Médecin traitant/Family Doctor : _____

Adressée par/Send by : _____

Assurance maladie de base/Basic insurance : _____ Police N°: _____

Assurance Complémentaire/Complementary insurance : _____

Police N° _____

COMMUNE/COMMON

SEMI-PRIVEE/SEMI-PRIVATE

PRIVEE/PRIVATE

Acceptez-vous que les factures d'honoraires soient transmises directement à votre assurance? / Do you agree to fee invoices being sent directly to your insurance?

OUI/YES

NON/NO

Je donne l'autorisation de communiquer, aux institutions ou aux professionnels de la santé que vous

mandaterez, les données nécessaires aux suites de traitement. / I give the authorization to

communicate, to the institutions or to the health professionals that you will mandate, the data necessary for the continuations of treatment.

Par défaut nos envois de résultats d'examens ou de factures se font par voie électronique/ By default our sending of exam results or invoices is done electronically

En cas de litige contractuel ou délictuel, médical ou chirurgical, le For juridique est basé à Genève. / In the event of a contractual or tort, medical or surgical dispute, the legal forum is based in Geneva.

Nous vous informons que tout rendez-vous non décommandé 48h à l'avance sera facturé. / We inform you that any appointment not canceled 48 hours in advance will be charged.

Date :

Signature :



Dr Raquel Rudermann
Spécialiste FMH
Gynécologie et obstétrique

Formulaire patient-e avec déclaration de consentement en matière de protection des données

Je consens explicitement au traitement de mes données, à leur consultation par le/la médecin précité-e ou le/la thérapeute, au sein du cabinet, et à leur transmission aux destinataires suivants.

Catégorie de données	Description des données	Destinataires	Finalité
Données de laboratoire	Données patient-es avec le sang, les urines, les selles, la microbiologie, l'histologie	Laboratoires, autres médecins / théra- peutes, hôpitaux	Investigations et traitement médical, inclus analyses
Constatations	Résultats d'exams et dossier médical	Autres médecins / thérapeutes, hôpitaux, professionnel-les et établissements de santé, pharmacies (e-ordonnance)	Information ciblée pour d'autres investigations / traitements médicaux efficaces
Données patient-es	Données relatives aux diagnostics et traitements médicaux	Autres médecins / thérapeutes, pharmacies (e-ordonnance inclus), au sein du cabinet, systèmes Managed Care et prestataires de services comptables	Documentati on, facturation
Données de base et données relatives au traitement médical	Données pour l'affectation, le traitement médical et la facture	Prestataires de services comptables, assurances	Traitement des données pour la facturation
Facturation, données de décompte et de règlement	Facturation du traitement médical et des prestations médicales, relances et autres traitements comptables	Caisse des Médecins Société coopéra- tive, service de recouvrement choisi par le cabinet, fournisseurs sélection- nés de logiciels et d'informations pour les cabinets, assistance informatique	Facturation dans le respect des exigences légales et contractuelles, développement des technologies de l'information, contrôles de solvabilité
Données relatives au traitement médical et à la facturation	Données généralement anonymisées ou pseudonymisées	Registres publics, autorités sta- tistiques, trust centers, FMH (Swiss Medical Association), sociétés de médecins	Obligations de saisie légales, négociations tarifaires / calculs de modèles
Données financières et de facturation	Données pour la facturation et la bonne tenue de la comptabilité	Comptabilité et prestataires de services de facturation	Établissement des factures et comptabilité

Autres données

Je connais les risques éventuels liés aux échanges de données personnelles sensibles (consultation par des tiers non autorisés lors de l'utilisation de moyens de communication peu sécurisés), ainsi que mes droits. Je donne mon consentement pour un contact réciproque entre mon médecin / thérapeute et moi-même, en tant que patient-e, avec les coordonnées mentionnées plus haut. De plus, j'autorise mon·ma médecin traitant·e ou mon·ma thérapeute à requérir des dossiers et documents médicaux me concernant auprès d'autres médecins ou d'hôpitaux. Cette autorisation s'applique aussi aux échanges de données au sein du cabinet, ainsi qu'aux suppléant·es. Je donne également mon accord pour l'utilisation de QR codes, ainsi que pour les ordonnances et certificats médicaux avec signature numérique ou électronique. Par principe, mes données sont exclusivement stockées en Suisse par la Caisse des Médecins pour les applications principales. Pour le contrôle de solvabilité, mes données personnelles peuvent être transmises au service de recouvrement Inkasso Med SA / Intrum SA et y être stockées si cela est prévu par le fournisseur de prestations.

Traitement des factures

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) prévoit la transmission au·à la patient·e d'une copie de la facture du médecin. En signant ce formulaire, je consens à une éventuelle facturation électronique ou sur papier en tiers

payant (envoi direct de la facture à la caisse d'assurance maladie). Par mesure de simplicité, la notification relative à la copie de la facture (en tiers payant uniquement) me parviendra à l'adresse électronique que j'ai communiquée, sachant que les noms de mon médecin / thérapeute et du cabinet figureront dans l'e-mail pour me faciliter la lecture. En conséquence, j'accepte que ces copies, ainsi que mes demandes administratives comme les reports de ren-dez-vous, soient effectuées via la communication par messagerie électronique que j'ai indiquée (@adresse HIN vers l'adresse du destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

Retard de paiement

À défaut de m'acquitter de mon obligation de règlement dans le délai impart, ou si je renonce à une objection motivée, je serai en retard de paiement, sans relance préalable, à l'expiration de ce délai. Le·la professionnel·le de santé peut à tout moment faire appel à un tiers pour le recouvrement. Les frais occasionnés par le retard de paiement sont alors à ma charge. Pour plus d'informations sur le coût d'un retard de paiement, cliquez sur ce lien :

www.caisse-des-medecins.ch/infos-patiente/faq.

Sur la base des éléments figurant ci-dessus, ainsi que d'éventuelles déclarations orales complémentaires, j'accepte, en apposant ma signature, que mes données personnelles soient traitées et transmises en conformité avec la protection des données. Il m'a été précisé que mon consentement pouvait être retiré à tout moment, totalement ou en partie, sans compromettre la légalité du traitement effectué en amont sur la base de mon consentement initial. Le retrait doit être impérativement effectué par écrit. De plus, ma demande de suppression n'entraîne pas, par principe, un effacement, puisque la loi oblige le·la professionnel·le de santé ou le cabinet à conserver mes données. Par conséquent, la demande de suppression ne donnera lieu à l'effacement de mes données auprès du·de la professionnel·le de santé ou du cabinet qui me suit, que dans un cas exceptionnel justifié, lors d'une annulation confirmée. Parallèlement, je libère dans ce cas par la présente le·la professionnel·le de santé qui me suit de son obligation légale de conservation. Les données sont généralement conservées pendant 20 ans. Sauf notification explicite du·de la patient·e, les dossiers médicaux peuvent être conservés plus longtemps.

Les rendez-vous qui n'ont pas été décommandés à l'avance peuvent vous être facturés. Mercide nous prévenir 48 h à l'avance.

Il m'a été indiqué que le document «
Information aux patient·es sur le

traitement des données personnelles »
est à ma disposition.

Date | Datum | Data | Date

Signature | Unterschrift | Firma | Signature